

国民健康保険療養費支給申請書

支給額 円

上記のとおり療養に要した費用を申請します。

ただし下記内訳のとおり

年 月 日

申請者（世帯主）住所 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

茨城県日立市長 殿

被保険者 記号番号			世帯 主名		
診療を 受けた 人	(フリガナ) 氏名		個人 番号		申請者と の続柄
	住所				
	発病負傷日		診療 期間	自 至	診療 日数
	傷病名		傷病の 原因		傷病の 経過
	診療の内容				
	受診した 医療機関等	名称		診療科	
		所在地		医師名	
	受診状態		受給証		
	費用額		併用公費又は福祉の名称		
	審査認定額		交通事故等の第三者行為	有 ・ 無	
療養費の種別	一般診療 ・ 補装具 ・ 柔整 ・ その他 ()				
療養の給付を受けることができなかった理由					
受取 口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。				
1：現金 2：振込	振込先	コード	名称	(フリガナ) 口座名義人	
	金融機関			口座番号	
	支店				
	口座種別				
点数		総医療費		支給額	
負担率		一部負担額			

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状

年 月 日

国民健康保険給付費等に関する受領を下記の代理人に委任します。

世帯主氏名 _____
(申請者)

代理人住所 _____

代理人氏名 _____ 個人番号 _____